OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

2027 ခုနှစ် Medicare Advantage အာမခံပလန် (အပိုင်း C) တွင် စာရင်းသွင်းလျှောက်ထားရန် တစ်ဦးချင်း စာရင်းသွင်းလျှောက်လွှာဖောင်

wellcare With mhs health wisconsin

✓ သင်၏ လျှောက်လွှာအခြေအနေကို ဤနေရာတွင် စစ်ဆေးကြည့်ပါ- **wellcare.com/applicationtracker**

ဤဖောင်ကို မည်သူတို့က အသုံးပြုနိုင်မည်နည်း။
Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်လိုသော Medicare ရရှိထားသူများ

အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်ရန် သင့်အနေဖြင့်-
• အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း၌ တရားဝင် မှီတင်းနေထိုင်သူ ဖြစ်ရမည်
• အာမခံပလန်၏ ဝန်ဆောင်မှု ဧရိယာအတွင်း နေထိုင်သူ ဖြစ်ရမည်

အရေးကြီးသည်- Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင်ပါဝင်ရန် သင့်တွင် အောက်ပါနှစ်ခုလုံး မဖြစ်မနေ ရှိရမည်-
• Medicare Part A (ဆေးရုံတက်ကုသမှု အာမခံ)
• Medicare Part B (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ)

ဤဖောင်ကို မည်သည့်အချိန်တွင် အသုံးပြုရမည်နည်း။
အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် သင်ပါဝင်နိုင်သည့်အချိန်-
• နှစ်စဉ် အောက်တိုဘာလ 15 ရက်မှ ဒီဇင်ဘာလ 7 ရက်အတွင်း (ဇန်နဝါရီလ 1 ရက်နေ့မှ စတင် အကျုံးဝင်သည့် အာမခံအကာအကွယ်အတွက်)
• Medicare ရရှိပြီး ပထမ 3 လအတွင်း
• အခြားအာမခံပလန်တွင်ပါဝင်ရန် သို့မဟုတ် အာမခံပလန်များ ပြောင်းလဲရန်ခွင့်ပြုထားသော အခြေအနေသို့ ရောက်ရှိနေချိန်

အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းနိုင်သည့်အချိန်နှင့် ပတ်သက်၍ ပိုမိုလေ့လာလိုပါက **Medicare.gov** သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

ဤဖောင်ကို ဘာကြောင့် ဖြည့်စွက်ရသနည်း။
• သင့် Medicare နံပါတ် (သင်၏ အနီ၊ အဖြူနှင့် အပြာရောင် Medicare ကတ်ပေါ်ရှိ နံပါတ်)
• သင်၏ အမြဲတမ်းနေထိုင်သော လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ်

မှတ်ချက်- အပိုင်း 1 တွင်ပါရှိသော အချက်အားလုံးကို သင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။ အပိုင်း 2 တွင်ပါရှိသော အချက်များကို ဆန္ဒရှိလျှင် ဖြည့်စွက်နိုင်သည် - ထို အချက်များကို မဖြည့်စွက်သောကြောင့် သင့်အား အာမခံအကာအကွယ် ပေးရန် ငြင်းဆန်မည် မဟုတ်ပါ။

အိမ်ရာမဲ့ဖြစ်နေသူများ
• အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်လိုသော်လည်း အမြဲတမ်းနေထိုင်သည့် လိပ်စာမရှိပါက စာတိုက်ပုံးနံပါတ်၊ ခိုလှုံရာ ဂေဟာ သို့မဟုတ် ဆေးခန်း လိပ်စာ၊ စာတိုက်မှပေးပို့သော စာ (ဥပမာ လူမှုဖူလုံရေး ချက်လက်မှတ်) လက်ခံရာ လိပ်စာ စသည့် လိပ်စာတစ်ခုခုကို အမြဲတမ်းနေထိုင်သည့် လိပ်စာအဖြစ် မှတ်ယူနိုင်ပါသည်။

©Wellcare 2026

ယင်းအစား **go.wellcare.com/WI** တွင် စာရင်းသွင်းရန် စဉ်းစားဖူးပါသလား။ ယင်းသည် မြန်ဆန်လုံခြုံပြီး လွယ်ကူသော လျှောက်ထားနည်းဖြစ်သည်

သတိပေးချက်များ-

• ဆောင်းဦးရာသီ စာရင်းသွင်းကာလ (အောက်တိုဘာလ 15 ရက်မှ ဒီဇင်ဘာလ 7 ရက်) အတွင်း အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်လိုလျှင် အာမခံပလန်သည် သင် ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသော ဖောင်ကို ဒီဇင်ဘာလ 7 ရက်အမီ လက်ခံရရှိထားရပါမည်။
• အာမခံပလန်၏ ပရီမီယံကြေးအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာကို သင့်အာမခံပလန်က သင့်ထံ ပေးပို့ပါမည်။ သင်၏ ပရီမီယံကြေး ပေးချေမှုများကို သင့်ဘဏ် အကောင့် သို့မဟုတ် လစဉ် လူမှုဖူလုံရေး (သို့မဟုတ် မီးရထားဝန်ထမ်း အငြိမ်းစား ဘုတ်အဖွဲ့) အကျိုးခံစားခွင့်ငွေများမှ နုတ်ယူစေရန် စာရင်းပေးခြင်းကို ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

နောက်ဘာဆက်ဖြစ်မည်နည်း။

သင် ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ဖောင်ကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ-

Wellcare With MHS Health Wisconsin
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

၎င်းတို့သည် သင်၏ ပါဝင်ရန် တောင်းဆိုချက်ကို ဆောင်ရွက်ပြီးပါက သင့်ထံ ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။

ဤဖောင်နှင့်ပတ်သက်၍ မည်သို့ အကူအညီရယူရမည်နည်း။

MHS Health Wisconsin မှ Wellcare ၏ ဖုန်းနံပါတ် 1-844-480-0680 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ TTY အသုံးပြုသူများက 711 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် Medicare ဖုန်းနံပါတ် 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

TTY အသုံးပြုသူများအနေဖြင့် 1-877-486-2048 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။

©Wellcare 2026

အရေးကြီးသည်

ဤဖောင် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ပါရှိသော စာရွက်စာတမ်းတစ်ရပ်ရပ် (အာမခံကြေးတောင်းခံလွှာများ၊ ငွေပေးချေလွှာများ၊ ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းများ စသည်) ကို PRA သတင်းအချက်အလက် ကောက်ယူမှု စိစစ်ခွင့်ပြုရေးရုံးသို့ မပေးပို့ပါနှင့်။ ကျွန်ုပ်တို့ရရှိသော စာရွက်စာတမ်းများထဲမှ ဤဖောင်ကို ပိုမိုပြည့်စုံကောင်းမွန်အောင် လုပ်ဆောင်ရေး အကြံပြုချက်မဟုတ်သော စာရွက်စာတမ်းမှန်သမျှ သို့မဟုတ် တွဲ၍ပါရှိသော အပိုစာရွက်စာတမ်းများကို (OMB 0938-1378 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း) ဖျက်ဆီးသွားပါမည်။ ထို စာရွက်စာတမ်းများကို သိမ်းဆည်းခြင်း သို့မဟုတ် စိစစ်သုံးသပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အာမခံပလန်ထံသို့ ထပ်ဆင့်ပေးပို့ခြင်း မပြုလုပ်ပါ။ သင် ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသော ဖောင်ကို အာမခံပလန်ထံသို့ ပေးပို့ရန် ဤစာမျက်နှာ ရှေ့ပိုင်းရှိ "နောက်ဘာဆက်ဖြစ်မည်နည်း။" တွင် ကြည့်ရှုပါ။

1995 ခုနှစ် စာရွက်စာတမ်းလျှော့ချရေး အက်ဥပဒေအရ တရားဝင် OMB ထိန်းချုပ်ရေးနံပါတ်ကို ပြသခြင်းမရှိလျှင် မည်သူကမျှ အချက်အလက် တောင်းခံရယူမှုအပေါ် တုံ့ပြန်စရာမလိုအပ်ပါ။ ဤအချက်အလက်တောင်းဆိုမှုအတွက် OMB နံပါတ်သည် 0938-1378 ဖြစ်ပါသည်။ ဤအချက်အလက် တောင်းခံရယူမှုကို ပြီးမြောက်စေရန် လိုအပ်သောအချိန်မှာ တုံ့ပြန်ဖြေဆိုမှုတစ်ကြိမ်လျှင် ပျမ်းမျှအားဖြင့် မိနစ် 20 ခန့်ဖြစ်ပြီး ၎င်းတွင် ညွှန်ကြားချက်များကို ဖတ်ရှုသုံးသပ်ချိန်၊ ရှိပြီးသား ဒေတာရင်းမြစ်များကို ရှာချိန်၊ လိုအပ်သောဒေတာ စုဆောင်းချိန်နှင့် အချက်အလက် တောင်းခံရယူမှုကို ပြီးမြောက်အောင်လုပ်ပြီး ပြန်လည်သုံးသပ်ချိန်တို့ ပါဝင်သည်။ ခန့်မှန်းခြေ အချိန်(များ)၏ တိကျမှန်ကန်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင့်တွင် ထင်မြင်ချက်ပေးစရာတစ်ခုခုရှိပါက သို့မဟုတ် ဤဖောင်ကို ပိုမိုပြည့်စုံကောင်းမွန်စေရန် အကြံပြုလိုသည်များရှိပါက ဖော်ပြပါလိပ်စာသို့ စာရေးသားပေးပို့ပါ-CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850။

ကိုယ်ရေးအချက်အလက်လုံခြုံရေး အက်ဥပဒေဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်

Medicare နှင့် Medicaid ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် စင်တာများ (CMS) သည် Medicare Advantage (MA) အာမခံပလန်များတွင် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ စာရင်းသွင်းမှုများကို မှတ်တမ်းတင်စောင့်ကြည့်ရန်၊ ကုသစောင့်ရှောက်မှုများ တိုးတက်ကောင်းမွန်စေရန်၊ Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ငွေပေးချေမှုများ ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် Medicare အာမခံပလန်များထံမှ အချက်အလက်များကို စုဆောင်းပါသည်။ ဤအချက်အလက်များ စုဆောင်းမှုကို လူမှုဖူလုံရေး အက်ဥပဒေ၏ အပိုဒ် 1851 နှင့် 1860D-1 အပြင် 42 CFR §§ 422.50 နှင့် 422.60 တို့အရ ခွင့်ပြုချက်ပေးထားပါသည်။ CMS သည် မှတ်တမ်းစနစ်ဆိုင်ရာ သတိပေးချက် (SORN) “Medicare Advantage ဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး (MARx)”၊ စနစ်အမှတ်စဉ် 09-70-0588 တွင် သီးခြားဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း Medicare အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများထံမှ စာရင်းသွင်း ဒေတာကို အသုံးပြုခြင်း၊ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်း၊ အပြန်အလှန်ဖလှယ်ခြင်း လုပ်ဆောင်နိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်ထဲရှိ သင်၏ ဖြေကြားချက်များသည် သင့်ဆန္ဒအလျောက် ဖြေကြားခြင်းများသာ ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် တုံ့ပြန်ဖြေကြားရန် ပျက်ကွက်ပါက အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။

အပိုင်း 1 – (ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်ဟု ဖော်ပြထားသည်မှအပ) ဤစာမျက်နှာပေါ်ရှိ အကွက်အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်

သင် ပါဝင်လိုသည့် အာမခံပလန်ကို ရွေးချယ်ပါ-

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] –ဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ်ပါဝင်သည်

☐ **H8189-001-000** တစ်လလျှင် $0

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)[1] –ဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ်ပါဝင်သည်

☐ **H8189-007-000** တစ်လလျှင် $0

[1]ဤအာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းရန် သီးခြား စာရင်းသွင်းမှု သတ်မှတ်စံနှုန်းများနှင့် ပြည့်မီရမည်။

©Wellcare 2026

အပိုင်း 1 – (ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်ဟု ဖော်ပြထားသည်မှအပ) ဤစာမျက်နှာပေါ်ရှိ အကွက်အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်

အမည်ရင်း

မျိုးရိုးအမည်

ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- အမည်ပြောင်အစစာလုံး

မွေးသက္ကရာဇ်- ____ / ____ / _____ M M / D D / Y Y Y Y

လိင် ☐ ကျား ☐ မ

ဖုန်းနံပါတ် (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

ဖုန်းအမျိုးအစား ☐ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် ☐ လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ်

ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- အရန်ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ် (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

ဖုန်းအမျိုးအစား ☐ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် ☐ လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ်

ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- အီးမေးလ် လိပ်စာ-

ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- အင်တာနက်၊ အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာတိုပေးပို့ခြင်းတို့ကို သင်ကိုယ်တိုင် အဆင်ပြေကျွမ်းကျင်စွာ အသုံးပြုနိုင်ပါသလား။

☐ အသုံးပြုနိုင်သည် ☐ အသုံးမပြုနိုင်ပါ

ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- ဆက်သွယ်စေလိုသည့် နည်းလမ်း- ☐ ဖုန်းခေါ်ဆိုမှု ☐ စာတို ☐ အီးမေးလ်

**ရွေးချယ်ထားသော 'ဆက်သွယ်စေလိုသည့် နည်းလမ်း' မဟုတ်သော အခြားနည်းလမ်းဖြင့်လည်း ဆက်သွယ်ပြောဆိုမည့် အကြောင်းအရာများကို ပေးပို့နိုင်ကြောင်း မှတ်သားထားပေးပါ။*

©Wellcare 2026

ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ကို အဖွဲ့ဝင် အကျိုးခံစားခွင့်များ ခံစားစေလိုသကဲ့သို့ သင်၏ အာမခံပလန်အကြောင်းကို လည်း နားလည်သဘောပေါက်စေလိုပါသည်။ သင့်လျှောက်လွှာ အခြေအနေကို သင့်ထံ အကြောင်းကြားနိုင်ရန် သင့်ဖုန်းနံပါတ်(များ)နှင့် အီးမေးလ်တို့ကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပေးပါ။ အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအနေဖြင့် သင် မျှော်လင့်ထားနိုင်သော အရာများ၊ ကျန်းမာစွာ နေထိုင်ခြင်း၊ အပိုဆောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုခြင်း၊ ဆရာဝန်တစ်ဦး ရှာဖွေခြင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ အဖွဲ့ဝင် ပေါ်တယ်နှင့် အခြားအရေးကြီး အချက်အလက်များကဲ့သို့ အထောက်အကူဖြစ်စေမည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေပေးပါမည်။ စိတ်မဝင်စားပါက အချို့သော စာတိုများနှင့် အီးမေးလ်များကို လက်ခံရယူခြင်း မပြုရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

သင်၏ Wellcare အာမခံပလန်ကို နှစ်သက်ရန် မျှော်လင့်ပါသည်။ သင်၏ လိုအပ်ချက်များ ပြောင်းလဲသွားသည့်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် သင့်အတွက် ပိုအဆင်ပြေမည့် အခြားအာမခံပလန်များ ရှိပါကလည်း သင့်ထံ အကြောင်းကြားပေးပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် ရှိသော အာမခံပလန်များအကြောင်းကိုသာ အကြောင်းကြားပေးပါမည်။

(စာတိုက်ပုံးအမှတ် မထည့်သွင်းပါနှင့်။ မှတ်ချက်- အိမ်ရာမဲ့ဖြစ်နေသူများအတွက် စာတိုက်ပုံးအမှတ်ကို သင်၏ အမြဲတမ်း နေရပ်လိပ်စာအဖြစ် သတ်မှတ်နိုင်ပါသည်)။ ☐ အိမ်ရာမဲ့ဖြစ်နေသူများ

အမြဲတမ်း နေထိုင်ရာ လမ်းလိပ်စာ

မြို့	ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းရန်- ခရိုင်	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်

စာပို့လိပ်စာ၊ သင့်စာကို အခြားလိပ်စာတစ်ခု သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံသို့ ပေးပို့စေလိုပါက ထိုအချက်အလက်ကို ဤနေရာတွင် ထည့်သွင်းပေးပါ။ (စာတိုက်ပုံးအမှတ်ကို ထည့်သွင်းခွင့်ပြုသည်)

လမ်းလိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်

သင့် Medicare အချက်အလက်-

Medicare နံပါတ်-

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

ခံစားခွင့်ရှိသူ-

စတင်အကျိုးဝင်သည့် ရက်စွဲ (MM/DD/YYYY)-

ဆေးရုံတက်ကုသမှု အာမခံ (အပိုင်း A) ____ / ____ / _____

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ (အပိုင်း B) ____ / ____ / _____

©Wellcare 2026

ဤအရေးကြီးသော မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ-

1. Wellcare အပြင် အခြားဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ် (VAı TRICARE ကဲ့သို့) ကို ရယူပါမည်လား။ ☐ ရယူပါမည် ☐ မရယူပါ

အခြားအာမခံအကာအကွယ်၏ အမည်

ဤအာမခံအကာအကွယ်အတွက် အဖွဲ့ဝင်နံပါတ်

ဤအာမခံအကာအကွယ်အတွက် အဖွဲ့နံပါတ်

2. D-SNP အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းပါက အောက်ပါတို့ကို ဖော်ပြပေးပါ- ပြည်နယ် Medicaid ပရိုဂရမ် နံပါတ်- ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

D-SNP အာမခံပလန်များအတွက် Medicaid နံပါတ်ကို ထည့်သွင်းပါ။ Medicaid နံပါတ်များ မရှိပါက လျှောက်လွှာစီမံဆောင်ရွက်မှု နှောင့်နှေးကြန့်ကြာနိုင်ပြီး လျှောက်လွှာ ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ခြေရှိသည်။

အရေးကြီးသည်- ဖတ်ရှုပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါ-

☐ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် Wellcare တွင် ဆက်လက်ပါဝင်ရန် ဆေးရုံတက်ကုသမှု အာမခံ (အပိုင်း A) နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ (အပိုင်း B) နှစ်ခုစလုံးကို ဆက်လက်ရယူထားရပါမည်။

- Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်ခြင်းဖြင့် Wellcare က ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို Medicare ထံသို့ မျှဝေမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် Medicare က အဆိုပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းမှု အခြေအနေ စောင့်ကြည့်ခြင်း၊ ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်ခြင်းတို့အတွက် အသုံးပြုနိုင်သည့်အပြင် ဤအချက်အလက်များ စုဆောင်းမှုနှင့် ပတ်သက်၍ ဖက်ဒရယ်ဥပ ဒေက ခွင့်ပြုပေးထားသော အခြားရည်ရွယ်ချက်များ (အောက်ဖော်ပြပါ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်လုံခြုံရေး အက်ဥပဒေ ထုတ်ပြန်ချက်တွင် ဖတ်ရှုပါ) အတွက် အသုံးပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ဤဖောင်ထဲရှိ သင်၏ ဖြေကြားချက်များသည် သင့်ဆန္ဒအလျောက် ဖြေကြားခြင်းများသာ ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် တုံ့ပြန်ဖြေကြားရန် ပျက်ကွက်ပါက အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။
- တစ်ကြိမ်လျှင် MA သို့မဟုတ် အပိုင်း D အာမခံပလန်နှစ်ခုအနက် တစ်ခုတွင်သာ စာရင်းသွင်းနိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ဤအာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းလိုက်လျှင် အခြား MA သို့မဟုတ် အပိုင်း D အာမခံပလန် (MA PFFSı MA MSA အာမခံပလန်များမှအပ) တွင် စာရင်းသွင်းထားမှု အလိုအလျောက် ရပ်ဆိုင်းသွားမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

©Wellcare 2026

- ကျွန်ုပ်၏ Wellcare အာမခံအကာအကွယ် စတင်သည့်အခါ ကျွန်ုပ်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်နှင့် ဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်အားလုံးကို Wellcare ထံမှ ရယူရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ Wellcare က ပံ့ပိုးပြီး ကျွန်ုပ်၏ Wellcare "အာမခံအကာအကွယ် ရရှိထားကြောင်း သက်သေအထောက်အထား" စာရွက်စာတမ်း (အဖွဲ့ဝင်စာချုပ် သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းသူ သဘောတူညီချက်ဟုလည်း သိကြသည်) တွင် ပါဝင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများသည်လည်း အာမခံအကာအကွယ် ရရှိပါမည်။ အာမခံအကာအကွယ်ရရှိသော အကျိုးခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Medicare နှင့် Wellcare နှစ်ခုစလုံးက ပေးချေမည်မဟုတ်ပါ။

- ဤစာရင်းသွင်းလျှောက်လွှာဖောင်တွင် ပါရှိသော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိထားသမျှ မှန်ကန်သော အချက်အလက်များ ဖြစ်ပါသည်။ ဤဖောင်တွင် မှားယွင်းသော အချက်အလက်များကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ထည့်သွင်းဖော်ပြပါက အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းထားမှုမှ ပယ်ဖျက်ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။

- ဤလျှောက်လွှာပေါ်ရှိ ကျွန်ုပ်၏ လက်မှတ် (ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ရန် တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် ပုဂ္ဂိုလ်၏ လက်မှတ်) သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါရှိသော အကြောင်းအရာများကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုပြီး နားလည်သည့် အဓိပ္ပာယ်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် ကိုယ်စားလှယ် (အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း) က လက်မှတ်ရေးထိုးလျှင် ထိုလက်မှတ်သည်-

  1) ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ဤစာရင်းသွင်းမှုကို ပြီးမြောက်အောင် လုပ်ဆောင်ရန် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားကြောင်းနှင့်

  2) ဤလုပ်ပိုင်ခွင့်ဆိုင်ရာ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းကို Medicare ထံမှ တောင်းဆိုပြီး ရယူနိုင်ကြောင်း အတည်ပြုသည်။

ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်ပံ့ပိုးပေးလိုက်သော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်သိရှိထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်ပြည့်စုံပြီး တိကျမှုရှိကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ဤအချက်အလက်များ မမှန်ကန်ဟု ဆုံးဖြတ်ခံရပါက ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းထားမှုမှ ပယ်ဖျက်ခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။

ယနေ့ ရက်စွဲ

_____ ____ / ____ / _____

လက်မှတ် M M / D D / Y Y Y Y

သင်သည် တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် ကိုယ်စားလှယ်ဖြစ်ပါက အထက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး အောက်ပါ အကွက်များကို ဖြည့်ပါ-

©Wellcare 2026

အမည်

လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ်

(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

စာရင်းသွင်းသူနှင့် ပတ်သက်ဆက်နွယ်ပုံ

အပိုင်း 2 - ဤအပိုင်းရှိ အကွက်အားလုံးကို ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်သွင်းနိုင်သည်

ဤမေးခွန်းများအား ဖြေကြားမည်၊ မဖြေကြားမည်ကို သင်ရွေးချယ်နိုင်သည်။ ထိုဖြေကြားချက်များကို မ ဖြည့်စွက်သောကြောင့် သင့်အား အာမခံအကာအကွယ် မပေးရန် ငြင်းဆန်နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။

ဤအချက်အလက်ကို သင့်ထံ ပေးပို့ရာတွင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအစားမဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားဖြင့် ပေးပို့စေလိုပါက ဘာသာစကားတစ်ခုကို ရွေးချယ်ပေးပါ။

☐ စပိန် ☐ အာရပ် ☐ မြန်မာ ☐ တရုတ် ☐ မုံ ☐ လာအို ☐ ရုရှား ☐ ဆိုမာလီ ☐ ယူကရိန်း ☐ ဗီယက်နမ်

ဤအချက်အလက်ကို သင့်ထံ ပေးပို့ရာတွင် အောက်ပါ ဖတ်ရှုနားလည်ရလွယ်သော သတ်မှတ်ပုံစံတစ်မျိုးဖြင့် ပေးပို့စေလိုပါက အောက်ပါတို့ထဲမှ တစ်ခုကို ရွေးချယ်ပေးပါ။

☐ မျက်မမြင်စာ ☐ ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီး ☐ အော်ဒီယို CD ☐ ဒေတာ CD

ဤအချက်အလက်များကို အထက်တွင်ဖော်ပြမထားသည့် အခြား ဖတ်ရှုနားလည်ရလွယ်သော သတ်မှတ်ပုံစံဖြင့် လိုအပ်ပါက Wellcare ၏ ဖုန်းနံပါတ် 1-844-480-0680 သို့ ဆက်သွယ်ပါ (TTY အသုံးပြုသူများအနေဖြင့် 711 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်)။ ကျွန်ုပ်တို့ရုံးဖွင့်ချိန်များမှာ တနင်္ဂနေ့-စနေနေ့၊ မနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအထိ (စံတော်ချိန် အားလုံး) ဖြစ်သည်။

---

1. သင်အလုပ်လုပ်ပါသလား။ ☐ လုပ်ပါသည် ☐ မလုပ်ပါ

2. သင့်အိမ်ထောင်ဖက်က အလုပ်လုပ်ပါသလား။ ☐ လုပ်ပါသည် ☐ မလုပ်ပါ

3. သင်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာကဲ့သို့ ရေရှည်ကုသစောင့်ရှောက်မှုဌာနတွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား။
   ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
   "ဟုတ်သည်" ဟု ဖြေဆိုပါက အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးပါ-

ဌာန အမည်-

ဌာန လိပ်စာ (နံပါတ်နှင့် လမ်း)-

မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်	ဖုန်းနံပါတ်
			(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

သင်၏ အာမခံကွန်ရက်တွင်း အခြေခံကုသစောင့်ရှောက်မှုပေးသော ဆရာဝန် (PCP) သို့မဟုတ် ဆေးခန်း သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစင်တာကို ဖော်ပြပါ-

wellcarefindaprovider.com တွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို ရှာနိုင်သည်

HMO အာမခံပလန်များအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ အချက်အလက်-

PCP NPI- PPG ID-

လက်ရှိလူနာဖြစ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

☐ ကျွန်ုပ်သည် PCP ကို မရွေးချယ်လိုပါ၊ Wellcare အား ကျွန်ုပ်အတွက် PCP ကို ရွေးချယ်စေလိုသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ Wellcare အဖွဲ့ဝင် ID ကတ်ပေါ်ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ PCP ကို အချိန်မရွေး ပြောင်းလဲနိုင်ကြောင်း သိရှိနားလည်ပါသည်။

အကျုံးဝင်သော အာမခံကွန်ရက်တွင်း PCP တစ်ဦးကို ရွေးချယ်မထားပါက သို့မဟုတ် PCP အလိုအလျောက် သတ်မှတ်ပေးခြင်းအတွက် အမှန်ခြစ်အကွက်ကို အမှတ်အသားမပြုထားပါက အာမခံကွန်ရက်တွင်း PCP ကို အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအတွက် သတ်မှတ်ပေးပါမည်။ အဖွဲ့ဝင် ID ကတ်ပေါ်ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် PCP သတ်မှတ်ပေးမှုကို အချိန်မရွေး ပြောင်းလဲနိုင်သည်

သင့်အာမခံပလန် ပရီမီယံကြေး ပေးချေခြင်း

သင်၏ လစဉ် အာမခံပလန် ပရီမီယံကြေး (သင်လက်ရှိ ပေးဆောင်ရမည့် သို့မဟုတ် သင်ပေးဆောင်ရန်ခြေရှိသည့် နောက်ကျစာရင်းသွင်းဒဏ်ကြေးတစ်ရပ်ရပ် အပါအဝင်) ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ၊ အီလက်ထရောနစ် ငွေကြေးလွှဲပြောင်းမှုစနစ် (EFT) မှတစ်ဆင့်ဖြစ်စေ၊ ခရက်ဒစ်ကတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ လစဉ်ပေးချေနိုင်သည်။ **လစဉ် သင့်လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် မီးရထားဝန်ထမ်း အငြိမ်းစားဘုတ်အဖွဲ့ (RRB) အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိငွေထဲမှ အလိုအလျောက် နုတ်ယူစေခြင်းဖြင့်လည်း ပရီမီယံကြေးကို ပေးချေရန် ရွေးချယ်နိုင်သည်။**

လစဉ် အပိုင်း D အရ ဝင်ငွေအပေါ်မူတည်၍ လစဉ် ချိန်ညှိမှု ပမာဏ (အပိုင်း D-IRMAA) ကို ပေးချေနေရပါက ဤအပိုဆောင်း ငွေပမာဏကို သင့်အာမခံပလန် ပရီမီယံကြေးအပေါ် ထပ်ပေါင်း၍ ပေးချေရပါမည်။ ထို ပမာဏကို ပုံမှန်အားဖြင့် သင့်လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိငွေထဲမှ နုတ်ယူလေ့ရှိသည် သို့မဟုတ် Medicare (သို့မဟုတ် RRB) ထံမှလည်း ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိနိုင်သည်။ Wellcare အပိုင်း D-IRMAA ကို မပေးချေပါနှင့်။

ဝင်ငွေနည်းပါးသူများအနေဖြင့် မိမိတို့ သောက်သုံးနေသည့် ဆေးညွှန်းစာလိုသော ဆေးဝါး ကုန်ကျစရိတ်များကို ပေးချေရာတွင် အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေး (Extra Help) ရယူရန် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေးရရှိနေလျှင်ပင် ပြန်လည်အသိအမှတ်ပြုမှု ရရှိရန်အတွက် ပြန်လည်လျှောက်ထားရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ လူများစွာသည် အဆိုပါသက်သာခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော်လည်း ထိုအကြောင်းကို သိလေ့မရှိကြပါ။ ဤ အပိုဆောင်း

©Wellcare 2026

ထောက်ပံ့ကြေးအကြောင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို သိရှိရန် သင့်ဒေသတွင်း လူမှုဖူလုံရေးရုံးသို့ ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးရုံး၊ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-772-1213 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ TTY အသုံးပြုသူများ အနေဖြင့် 1-800-325-0778 ကို ခေါ်ဆိုရမည်။ သင့်အနေဖြင့် အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေး ရယူရန်အတွက် https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help တွင် အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့်လည်း လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

ငွေပေးချေမှုနည်းလမ်းကို သင် မရွေးချယ်ထားလျှင် လစဉ် ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပါမည်။

ပရီမီယံကြေး ပေးချေရန် နည်းလမ်းတစ်ခုကို ရွေးချယ်ပါ-

☐ ငွေတောင်းခံလွှာ ရယူခြင်း

☐ သင်၏ လစဉ် လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် မီးရထားဝန်ထမ်း အငြိမ်းစား ဘုတ်အဖွဲ့ (RRB) အကျိုးခံစားခွင့် ချက်လက်မှတ်မှ အလိုအလျောက် နုတ်ယူခြင်း။ ကျွန်ုပ်သည် ဤနေရာမှ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လစဉ်ရရှိသည်- ☐ လူမှုဖူလုံရေး ☐ RRB

(လူမှုဖူလုံရေး/RRB အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိငွေမှ နုတ်ယူစေသည့် နည်းလမ်းသည် လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် RRB က ငွေနုတ်ယူမှုကို အတည်ပြုပြီးနောက် နှစ်လနှင့်အထက် အချိန်ကြာနိုင်ပါသည်။ အခြေအနေအများစုတွင် လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် RRB သည် သင်၏ အလိုအလျောက် ငွေနုတ်ယူခွင့် တောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံပြီးနောက် သင့် လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် RRB အကျိုးခံစားခွင့် ချက်လက်မှတ်မှ ပထမဆုံးအကြိမ် ငွေနုတ်ယူရာတွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းမှု အကျုံးဝင်သည့်ရက်စွဲမှစ၍ ငွေနုတ်ယူမှု စတင်ဆောင်ရွက်သည့် ရက်စွဲအထိပေးရန် ကြွေးကျန်ရှိသော ပရီမီယံကြေးအားလုံး ပါဝင်သွားပါမည်။ လူမှုဖူလုံရေး သို့မဟုတ် RRB သည် သင်၏ အလိုအလျောက် ငွေနုတ်ယူခွင့် တောင်းဆိုချက်ကို ခွင့်မပြုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ လစဉ်ပရီမီယံကြေးများအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာစာရွက်ကို သင့်ထံ ပို့ပါမည်။)

ဤဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် စာရင်းသွင်းသူကို ကူညီပေးနေသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များအတွက်သာ

သင်သည် ဤဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် စာရင်းသွင်းသူကို ကူညီပေးနေသည့် လူပုဂ္ဂိုလ် (ဆိုလိုသည်မှာ အေးဂျင့်များ၊ အကျိုးဆောင်များ၊ SHIP အတိုင်ပင်ခံများ၊ မိသားစုဝင်များ၊ အခြားပြင်ပအဖွဲ့အစည်းများ စသည်) ဖြစ်ပါက ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

အမည်- _____ စာရင်းသွင်းသူနှင့် ပတ်သက်ဆက်နွယ်ပုံ- _____

လက်မှတ်- _____

နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာ လိုင်စင်ရ ကိုယ်စားလှယ် နံပါတ် (အေးဂျင့်များ/အကျိုးဆောင်များသာ) _____

©Wellcare 2026

ရုံးသုံးအတွက်သာ-

ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ပေးပို့ခြင်းဖြင့် စာရွက်စာတမ်းအတွင်း ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိယူဆထားသမျှ မှန်ကန် ပြည့်စုံပြီး တိကျမှုရှိကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ အချက်အလက် မှားယွင်းစွာ တင်ပြမှု သို့မဟုတ် ချန်လှပ်မှု မှန်သမျှသည် ကျွန်ုပ်အား ခန့်အပ်ထားမှုနှင့် လိုင်စင်ရ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် သဘောတူစာချုပ်ကို ဖျက်သိမ်းမှုအထိ အရေးယူအပြစ်ပေးနိုင်သည့် အချက်များ ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။

ဝန်ထမ်းအဖွဲ့ဝင်/အေးဂျင့်/အကျိုးဆောင်၏ အမည် (စာရင်းသွင်းရာတွင် ကူညီခဲ့ပါက)-

အာမခံပလန် ID #-

အာမခံအကာအကွယ် စတင်အကျုံးဝင်သည့် ရက်စွဲ- ____ /____ /_____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/ခွင့်ပြုချက်ရ အေးဂျင့်
(လျှောက်လွှာဖြည့်ခဲ့သည့် သီးသန့် အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/အေးဂျင့်)

အေးဂျင့်အမျိုးအစား (တစ်ခုရွေးချယ်ပါ)- ☐ ခွင့်ပြုချက်ရ အေးဂျင့် ☐ Wellcare ဝန်ထမ်း

အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ-

အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/အေးဂျင့်အမည်-

အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/အေးဂျင့် NPN #-

အေဂျင်စီ/FMO အဖွဲ့ဝင် (သက်ဆိုင်ပါက)-

ဤအချက်အလက်သည် သင်၏ အတည်ပြုထားသော Wellcare လိုင်စင် မှတ်တမ်းများနှင့် ကိုက်ညီရမည်။

အေးဂျင့် ဖုန်းနံပါတ် #- (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

အီးမေးလ်-

အေဂျင်စီ/FMO ဖုန်းနံပါတ် # (သက်ဆိုင်ပါက)- (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/ခွင့်ပြုချက်ရ အေးဂျင့်က လျှောက်ထားမှုကို လက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲ-

____ /____ /_____
(MM/DD/YYYY)

©Wellcare 2026

(Wellcare တွင် လျှောက်လွှာများကို ဖော်ပြပါရက်စွဲမှ ပြက္ခဒိန်ရက် 1 ရက်အတွင်း လက်ခံရရှိရမည်။)

လျှောက်လွှာလက်ခံရေးနေရာ- ☐ ရက်ချိန်းယူခြင်း ☐ အရောင်းပွဲတော် ☐ ရက်ချိန်းယူစရာမလိုဘဲ လူကိုယ်တိုင် လာရောက်ခြင်း

☐ အခြား (အတိအကျ ဖော်ပြပါ)- _____

အကျိုးဆောင်မှုတစ်ဆင့် လျှောက်လွှာတင်သွင်းခြင်းများ- အရောင်းကိုယ်စားလှယ်/အေးဂျင့်က ရက်ချိန်းရယူသည့် အကြောင်းရင်းနှင့် စာရင်းသွင်းလျှောက်လွှာပုံစံများကို 1-844-222-3180 သို့ ဖက်စ်ပေးပို့ရမည်။

စာရင်းသွင်းကာလအတွင်း စာရင်းသွင်းခွင့်သတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီကြောင်း အတည်ပြုချက်

ပုံမှန်အားဖြင့် သင်သည် တစ်နှစ်တာ၏ နှစ်စဉ် စာရင်းသွင်းကာလ အောက်တိုဘာလ 15 ရက်မှ ဒီဇင်ဘာလ 7 ရက်နေ့အတွင်းသာ Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းနိုင်ပါသည်။ ဤကာလကျော်လွန်ပြီးနောက်တွင်လည်း Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းခွင့်ပြုသော ခြွင်းချက်များ ရှိပါသည်။ သင်သည် Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပထမဆုံးအကြိမ် အသုံးပြုခြင်းဖြစ်ပြီး အသက် 65 နှစ်ပြည့်ပြီးသည်မှာ ရက်ပေါင်း 90 ကျော် ကြာပြီဖြစ်ပါက "ကျွန်ုပ်သည် Medicare အဖွဲ့ဝင်အသစ်တစ်ဦးဖြစ်သည်။" ဟူသော SEP သည် သင့်အတွက် အကျုံးဝင်မည်မဟုတ်၍ အောက်ဖော်ပြပါ ဆီလျော်သည့် SEP တစ်ခုကို ရွေးချယ်ပါ။

အောက်ပါဖော်ပြချက်များကို သေချာဖတ်ရှုပြီး ဖော်ပြချက်သည် သင်နှင့် သက်ဆိုင်ပါက အကွက်တွင် အမှန်ခြစ်ပေးပါ။ အောက်ပါအကွက်များမှ တစ်ခုခုတွင် အမှန်ခြစ်ခြင်းဖြင့် သင် သိရှိထားသည့် အချက်အလက်များအရ သင်သည် စာရင်းသွင်းကာလအတွင်း စာရင်းသွင်းခွင့်သတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီသူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုလိုက်ခြင်းဖြစ်သည်။ ဤအချက်အလက်သည် မမှန်ကန်ဟု ကျွန်ုပ်တို့က နောက်ပိုင်းတွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်လျှင် သင့်အနေဖြင့် စာရင်းသွင်းမှုမှ ပယ်ဖျက်ခံရနိုင်ပါသည်။

ရွေးချယ်မှုမပြုမီ အောက်ပါဖော်ပြချက်အားလုံးကို ဖတ်ရှုပါ။ ရက်စွဲများကို MM/DD/YYYY အတိုင်း ရေးသွင်းပါ။

☐ ကျွန်ုပ်သည် Medicare အဖွဲ့ဝင်အသစ်တစ်ဦးဖြစ်သည်။
*သင်က အောက်ပါတို့ဖြစ်မှသာ ရွေးချယ်ပေးပါ- 1. လတ်တလောမှ အကျုံးဝင်ခံစားခွင့်ရရှိလာသူ ဖြစ်သည်၊ 2. သင်သည် အသက် 65 နှစ်ပြည့်ပြီး ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း ရောက်ရှိနေသူ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း အသက် 65 နှစ် ပြည့်ခဲ့သူ ဖြစ်သည်၊ 3. အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိသူအသစ်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် 4. လတ်တလောမှ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီလာသူ ဖြစ်သော်လည်း ယခင်က မသန်စွမ်းမှုကြောင့် Medicare ရရှိထားသူ ဖြစ်သည်။
*သင်၏ အလုပ်ရှင်ထံမှ ရရှိထားသော အာမခံအကာအကွယ် ပြီးဆုံးသွားပြီး ယခုအကြိမ်သည် သင် Medicare ကို ပထမဆုံးအကြိမ် အသုံးပြုခြင်း ဖြစ်ပါက အောက်တွင် "ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်သို့မဟုတ် အလုပ်သမားသမဂ္ဂထံမှ ရရှိထားသော အာမခံအကာအကွယ်ကို စွန့်လွှတ်ခဲ့သည်" ဟူသော SEP ကို ရွေးချယ်ပါ။

☐ နှစ်စဉ် စာရင်းသွင်းကာလ (AEP) သည် နှစ်တစ်နှစ်စီ၏ အောက်တိုဘာလ 15 ရက်နေ့မှ ဒီဇင်ဘာလ 7 ရက်နေ့အထိ ဖြစ်သည်။

☐ ကျွန်ုပ်တွင် အပိုင်း A (ဆေးရုံတက်ကုသမှု အာမခံ) ရှိပြီးဖြစ်၍ ယခုအခါ အပိုင်း B (ဆေးကုသမှုအာမခံ) အတွက် ပထမဆုံးအကြိမ် လျှောက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်လိုပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်၏ အပိုင်း A သို့မဟုတ် အပိုင်း B သို့မဟုတ် အာမခံအကာအကွယ်နှစ်ရပ် လုံး စတင်အကျုံးဝင်ပြီးနောက် Medicare ခံစားခွင့်ရရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်အား အသိပေး အကြောင်းကြားခဲ့ပါသည်။ (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကျွန်ုပ်ထံသို့ အကြောင်းကြား ခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်တွင် ယခင်ကတည်းက Medicare ရှိခဲ့သော်လည်း ယခုအခါ ကျွန်ုပ်၏အသက် 65 နှစ်ပြည့်ပြီဖြစ်သည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် စာရင်းပေးသွင်းထားပြီး Medicare Advantage စာရင်းသွင်းကာလ (MA OEP) အတွင်း ပြောင်းလဲမှုတစ်ခု ပြုလုပ်လိုပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိရယူထားသော အာမခံပလန်၏ ဝန်ဆောင်မှု ဧရိယာပြင်ပ ရှိ လိပ်စာသစ်သို့ ပြောင်းရွှေ့သွားခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် လတ်တလော အိမ်ပြောင်းရွှေ့ခဲ့ပြီး ဤအာမခံပလန်သည် ကျွန်ုပ်အတွက် ရွေးချယ်စရာ အသစ် ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ပြောင်းရွှေ့ခဲ့သည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ပြင်ပတွင် နေထိုင်ပြီးနောက် နိုင်ငံအတွင်း သို့ (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ပြန်လည်ပြောင်းရွှေ့ခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် ထောင်မှ လွတ်မြောက်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အား (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ထောင်မှ လွတ်မြောက်ခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် မကြာသေးမီက အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၌ တရားဝင်နေထိုင်ခွင့် အခြေအနေကို ရရှိခဲ့ပါသည်။ ထိုအခြေအနေကို (ရက်စွဲ ထည့်ရန်).တွင် ရရှိခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ သို့မဟုတ် ပြန်လည်ထူထောင်ရေး ဆေးရုံကဲ့သို့သော ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနတစ်ခုတွင် နေထိုင်ပါသည်။
*မှတ်ချက်- ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ကို ဤဖောင်တွင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် မကြာသေးမီက ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ သို့မဟုတ် ပြန်လည်ထူထောင်ရေး ဆေးရုံကဲ့သို့သော ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုဌာနတစ်ခုမှ ထွက်ခွာခဲ့ပါသည်။
*မှတ်ချက်- ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ကို ဤဖောင်တွင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။
ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် အဆိုပါ ဌာနမှ ထွက်ခွာခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အလုပ်သမားသမဂ္ဂမှ ပေးအပ်သော အာမခံအကာအကွယ် (COBRA အာမခံအကာအကွယ် အပါအဝင်) မှ နုတ်ထွက်ခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် Medicare ဆေးဝါးအာမခံအကာအကွယ်ကဲ့သို့ အရည်အသွေးမီသော Medicare မဟုတ်သည့် အခြားဆေးဝါးအာမခံအကာအကွယ် (တန်းတူအရည်အသွေးမီသော အာမခံအကာအကွယ်) ကို ဆုံးရှုံးသွားခဲ့သည် သို့မဟုတ် Medicare မဟုတ်သည့် ကျွန်ုပ်၏အခြားအာမခံအကာအကွယ်သည် ပြောင်းလဲသွားခဲ့ပြီး တန်းတူအရည်အသွေးမီသော အာမခံအဖြစ် သတ်မှတ်ခြင်း မခံရတော့ပါ။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံအကာအကွယ်ကို ဆုံးရှုံးခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်၏ လက်ရှိအာမခံပလန်သည် လာမည့် စာချုပ်နှစ်အတွက် သက်တမ်းတိုးမည် မဟုတ်ပါ
*မှတ်ချက်- ဤ SEP သည် 12/8 မှ ဖေဖော်ဝါရီလ နောက်ဆုံးရက်အထိသာ အကျုံးဝင်သည်။

☐ Medicare က ကျွန်ုပ်၏ အာမခံပလန်နှင့်ချုပ်ဆိုထားသော စာချုပ်ကို ဖျက်သိမ်းခဲ့သောကြောင့် ကျွန်ုပ်သည် အာမခံအကာအကွယ်ကို ဆုံးရှုံးခဲ့ပါသည်။ အခြားအာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်နိုင်ကြောင်း အကြောင်းကြားစာကို Medicare ထံမှ လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အာမခံအကာအကွယ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကုန်ဆုံးခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် PACE (သက်ကြီးရွယ်အိုများအတွက် ဘက်စုံလွှမ်းခြုံပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ပရိုဂရမ်) ရှိ ကျွန်ုပ်၏ အာမခံအကာအကွယ်မှ နုတ်ထွက်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ပရိုဂရမ်မှ နုတ်ထွက်ခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ အဆိုပါ အာမခံပလန်အတွက် သတ်မှတ်ထားသော အထူးလိုအပ်ချက်ရှိသူ အခြေအနေမဟုတ်တော့သည့်အတွက် ကျွန်ုပ်သည် အထူးလိုအပ်ချက်ရှိသူများအတွက် အာမခံပလန်ကို ဆုံးရှုံးခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် SNP မှ နုတ်ထွက်ပါမည် သို့မဟုတ် နုတ်ထွက်ခဲ့သည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်၏ နာတာရှည် ရောဂါအခြေအနေနှင့် ကိုက်ညီသော ခံစားခွင့်များကို သီးသန့် စီစဉ်ပေးထားသည့် အထူးလိုအပ်ချက်ရှိသူများအတွက် အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်လိုပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် CSNP အာမခံပလန်အတွက် သတ်မှတ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီကြောင်း တွေ့ရှိရသဖြင့် အခြားအာမခံပလန်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းလိုပါသည်။
(ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကျွန်ုပ်ထံသို့ အကြောင်းကြားခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ လတ်တလော (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကျွန်ုပ်၏ Medicaid ခံစားခွင့်၌ အပြောင်းအလဲတစ်ခု (လတ်တလောမှ Medicaid ရရှိလာခြင်း သို့မဟုတ် Medicaid အဆင့် ပြောင်းလဲသွားခြင်း သို့မဟုတ် Medicaid ခံစားခွင့် ဆုံးရှုံးသွားခြင်း) ရှိခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ လတ်တလော (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဝါးစရိတ်များအတွက် ကျခံပေးသော အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေး၌ အပြောင်းအလဲတစ်ခု (လတ်တလောမှ အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေး ရရှိလာခြင်း၊ အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေးအဆင့် ပြောင်းလဲသွားခြင်း သို့မဟုတ် အပိုဆောင်း ထောက်ပံ့ကြေး ဆုံးရှုံးသွားခြင်း) ရှိခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်အား Medicare (သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အစိုးရ) မှ အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းပေးခဲ့ပြီး၊ ကျွန်ုပ်က အခြားအာမခံပလန်တစ်ခုကို ရွေးချယ်လိုပါသည်။ အဆိုပါအာမခံပလန်တွင် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းမှုသည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် စတင်ခဲ့သည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် ပြည်နယ်အဆင့် ဆေးဝါးထောက်ပံ့ရေး ပရိုဂရမ်တစ်ခုတွင် ပါဝင်ထားသည်။ ဖော်ပြပါ ပြည်နယ်များတွင် အရည်အချင်းပြည့်မီသော SPAP ရှိသည်- Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ ကျွန်ုပ်သည် ပြည်နယ်အဆင့် ဆေးဝါးထောက်ပံ့ရေး ပရိုဂရမ်ထံမှ ထောက်ပံ့ကြေးကို ဆုံးရှုံးခဲ့သည်။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် ထောက်ပံ့မှု ဆုံးရှုံးခဲ့သည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ကုသစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ရန် ကျွန်ုပ်ယုံကြည်အားထားရသော ပုဂ္ဂိုလ်သည် (ဖက်ဒရယ်အစိုးရ အရေးပေါ်အခြေအနေ စီမံခန့်ခွဲရေး အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်အစိုးရ၊ ကျွန်ုပ်၏ပြည်နယ်အစိုးရ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ ဒေသန္တရ အစိုးရက ကြေညာချက် ထုတ်ပြန်ခဲ့သော) အရေးပေါ် အခြေအနေ သို့မဟုတ် အကြီးစား သဘာဝဘေးကို ကြုံတွေ့ခံစားခဲ့ရသည်။ ဤစာမျက်နှာရှိ အခြားဖော်ပြချက်များထဲမှ တစ်ချက်သည် ကျွန်ုပ်နှင့် သက်ဆိုင်မှုရှိသော်လည်း သဘာဝဘေး ခံစားနေရသောကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ တောင်းဆိုချက်ကို မတင်ပြနိုင်ခဲ့ပါ။ ကျွန်ုပ်သည် _____ ကြောင့် စာရင်းသွင်းကာလကို လွတ်သွားခဲ့ပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် ကြယ် 5 ပွင့်အဆင့်ရှိ Medicare အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းမည်ဖြစ်သည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် လွန်ခဲ့သော 3 နှစ်အတွင်း ကြယ် 3 ပွင့်အောက် အဆင့်သတ်မှတ်ချက်ရှိသော အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကြယ် 3 ပွင့်နှင့်အထက် အဆင့်သတ်မှတ်ချက်ရှိသော အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်လိုပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် လတ်တလောတွင် ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ ပြဿနာများကြောင့် ပြည်နယ်က (အစိုးရ/တရားရုံးက ခန့်အပ်သောပစ္စည်းထိန်းသိမ်းသူ၏ ထိန်းချုပ်မှုအောက်) လွှဲပြောင်းယူခဲ့သည့် အာမခံပလန်တွင် စာရင်းသွင်းထားပါသည်။ ကျွန်ုပ် အခြားအာမခံပလန်တစ်ခုသို့ ပြောင်းရွှေ့လိုပါသည်။

©Wellcare 2026

☐ ကျွန်ုပ်သည် စာရွက်စာတမ်းများကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုနိုင်သော ဖောမတ်အမျိုးအစားဖြင့် တောင်းခံခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ကို အချိန်မီ လက်ခံရရှိခဲ့ခြင်းမရှိပါ။ ယခုအချိန်တွင် စာရင်းသွင်းခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ရန် အချိန်ပေးနိုင်ပြီဖြစ်သောကြောင့် ကျွန်ုပ် စာရင်းသွင်းလိုပါသည်။ ယခင်က လျှောက်ထားတောင်းဆိုခဲ့သော ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုနိုင်သည့် ဖောမတ်မှာ- _____ ဖြစ်ပါသည်။
*မှတ်ချက်- ဖတ်ရှုနိုင်သော ဖောမတ်များတွင် မျက်မမြင်စာ၊ အချက်အလက် CD၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးနှင့် အခြားအရာများ ပါဝင်ပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် အပိုင်း A အတွက် ပရီမီယံကြေး ပေးဆောင်ပြီး၊ အပိုင်း B အတွက် စာရင်းသွင်းခြင်းကို အထွေထွေ စာရင်းသွင်းကာလ (နှစ်စဉ် ဇန်နဝါရီလ 1 ရက်နေ့မှ မတ်လ 31 ရက်နေ့အထိ) အတွင်း ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Medicare ဆေးဝါး အာမခံပလန် (အပိုင်း D) သို့မဟုတ် ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ် ပါရှိသော Medicare Advantage အာမခံပလန်တွင် ပါဝင်လိုပါသည်။
* အထွေထွေ စာရင်းသွင်းကာလအတွင်း အပိုင်း A အတွက် ပရီမီယံကြေး ပေးချေခဲ့ပြီး အပိုင်း B တွင် စာရင်းသွင်းခဲ့ပါက သင်သည် အပိုင်း B တွင် စာရင်းသွင်းပြီးနောက်ပိုင်း အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်ရန် အချိန် 2 လ ရရှိပါမည်။
ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် စာရင်းသွင်းခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်သည် အထူးအခြေအနေတစ်ရပ်ကြောင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခဲ့သော အထူး စာရင်းသွင်းကာလအတွင်း အပိုင်း A (ဆေးရုံတက် အာမခံ) သို့မဟုတ် အပိုင်း B (ဆေးကုသမှု အာမခံ) တွင် စာရင်းသွင်းခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် (ရက်စွဲ ထည့်ရန်) တွင် စာရင်းသွင်းခဲ့ပါသည်။ ____ /____ /_____

☐ ကျွန်ုပ်တွင် Medicare ရှိပြီး Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို အပြည့်အဝ ရရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အပြည့်အဝပေါင်းစပ်ထားသော ခံစားခွင့်နှစ်မျိုးရသူများအတွက် အထူးလိုအပ်ချက်များ အာမခံပလန် (FIDE SNP)၊ အဆင့်မြင့် ပေါင်းစပ်ထားသော ခံစားခွင့်နှစ်မျိုးရသူများအတွက် အထူးလိုအပ်ချက်များ အာမခံပလန် (HIDE SNP) သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်သော ပေါင်းစပ် အာမခံပလန် (AIP) တစ်ခုခုတွင် စာရင်းသွင်းလိုပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်တွင် Medicare Advantage အာမခံပလန်မှတစ်ဆင့် ရရှိထားသော Medicare ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ် (အပိုင်း D) ရှိပါသည်။ Medicare မဟုတ်သော တန်းတူအရည်အသွေးမီသည့် ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ်တစ်ခုသို့ ပြောင်းရွှေ့နိုင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်သည် ဆေးဝါး အာမခံအကာအကွယ် ကမ်းလှမ်းပေးခြင်း မရှိသည့် အခြားသော Medicare ကျန်းမာရေး အာမခံပလန်တစ်ခုတွင် ပါဝင်လိုပါသည်။ *မှတ်ချက်- MA သီးသန့်

အထက်ပါ ဖော်ပြချက်များအနက် တစ်ချက်မှ သင်နှင့် ကိုက်ညီမှု မရှိပါက သို့မဟုတ် ကိုက်ညီမှု ရှိမရှိ မသေချာပါက သင့်အနေဖြင့် စာရင်းသွင်းရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုရှိမရှိ သိရှိရန် Wellcare ၏ ဖုန်းနံပါတ် 1-844-480-0680 သို့ခေါ်ဆိုပါ (TTY အသုံးပြုသူများက 711 ကို ခေါ်ဆိုပါ)။ တနင်္လာနေ့-စနေနေ့၊ မနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီ (စံတော်ချိန်အားလုံး) ကျွန်ုပ်တို့ရုံး ဖွင့်လှစ်ပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင်၏ Medicare Part B ပရီမီယံကြေးကို ဆက်လက်ပေးချေရပါမည်။ သို့သော် သင်သည် အကျိုးခံစားခွင့်နှစ်မျိုး အပြည့်အဝရရှိသူဖြစ်ပါက သင့် Medicaid သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ထိန်းသိမ်းထားသမျှ ကာလပတ်လုံး သင်၏ အပိုင်း B ပရီမီယံကြေးကို ပြည်နယ်က ကျခံပေးပါမည်။